
Las dificultades de clasificación diagnóstica en Atención Temprana. La experiencia en dos unidades de Galicia

Difficulties in diagnostic classification in early intervention. Experiences in two Galician units

Resumen

En este artículo se ofrecen los resultados de aplicar un modelo de categorización diagnóstica a la población atendida en dos centros de atención temprana durante un período de 5 años. Se atendieron 411 niños y niñas con diversos tipos de trastornos del desarrollo, siendo los de comunicación y lenguaje los más frecuentemente diagnosticados (39,1 %), seguidos de los conductuales (25,9 %) y los afectivos (19,3 %). Cabe destacar la escasa presencia de los trastornos motores (6,6 %) y de los de espectro autista (7 %). Los resultados del estudio muestran la complejidad de los problemas asistenciales y de procedimiento que en la actualidad enfrenta la atención temprana.

Palabras clave

Clasificación diagnóstica, atención temprana, evaluación de necesidades.

Abstract

This article shows the results of applying a diagnostic classification model to the population served by two early intervention units over a five year period. The units served 411 children with various types of developmental disorders. Language and communication problems were the most frequently diagnosed (39.1 %), followed by behavioral disorders (25.9 %) and affective disorders (19.3 %). Notably, motor disorders (6.6 %) and autism spectrum disorders (7 %) were less present. The results show the complexity of current care and procedural issues in the field of early intervention.

Keywords

Diagnostic classification, early intervention, needs assessment.

Jaime Ponte Mittelbrunn

<jaime.ponte.mittelbrunn@xunta.es>

Coordinador de las Unidades de Desarrollo Infantil y Apoyo Familiar (UDIAFS) de las comarcas de Deza y Salnés (Ferrol)

Para citar:

Ponte, J. (2015): "Las dificultades de clasificación diagnóstica en Atención Temprana. La experiencia en dos unidades de Galicia", *Revista Española de Discapacidad*, 3 (1): 123-139.

Doi: <<http://dx.doi.org/10.5569/2340-5104.03.01.07>>

Fecha de recepción: 14-09-2015

Fecha de aceptación: 10-04-2015



1. Introducción

La clasificación y organización diagnóstica de los trastornos del desarrollo y de los factores de riesgo que pueden generarlos ha sido y es una de las preocupaciones principales de los profesionales y las administraciones públicas que se ocupan de la Atención Temprana, todos ellos interesados en contar con un instrumento que sirva para estudiar su prevalencia, comprender los factores biopsicosociales que influyen en su aparición, diseñar, implementar y evaluar los recursos que se derivan de esa realidad epidemiológica.

Pero no por necesaria, esta tarea resulta sencilla. La complejidad de clasificar los trastornos del desarrollo deriva, por un lado, de su propio carácter multidimensional o de su dinamismo evolutivo y, por otro, de la heterogeneidad de las disciplinas profesionales que convergen en la Atención Temprana y de los cambios sociohistóricos que se dan en el itinerario 0-6.

Durante años y aún ahora, la organización diagnóstica de los trastornos del desarrollo ha estado referenciada a sistemas de clasificación como la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (OMS¹, 2008) o el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales DSM IV (APA², 1994) y V (APA, 2013), pero estas clasificaciones fueron diseñadas desde una perspectiva diferente y los profesionales consideran que no ofrecen un marco adecuado a las necesidades de la Atención Temprana. En relación al DSM IV se pone en cuestión que sus criterios sean aplicables a niños menores de 6 años pues no recogen de forma adecuada el dinamismo y peculiaridades evolutivas de dicha etapa. También se ha puesto de relieve la ambigüedad de alguno de esos criterios (como la utilización de adjetivos como “a menudo”, “persistente”, etc.). Así mismo se destaca el escaso énfasis sobre los factores contextuales (Mash &

Terdal, 1997a). Por lo que se refiere al DSM V su reciente publicación ha generado una gran polémica en cuyo centro se sitúa la crítica al desdibujamiento de categorías y a la extensión sobrediagnóstica que pueda llegar a producir (Frances, 2013). Respecto de la CIE 10, aunque se considera la clasificación idónea para organizar “enfermedades” y factores de riesgo basados en las mismas, también se cuestiona su utilidad para integrar aspectos clínicos, evolutivos y contextuales que son necesarios para obtener un perfil diagnóstico y un lenguaje útil para la Atención Temprana. Por otro lado, los intentos de incorporar estas dimensiones a los registros de las unidades y cultivar una mirada profesional más dinámica ante ellas todavía se encuentran en una fase experimental. A pesar de los avances realizados a través del desarrollo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento en su versión para Infancia y Adolescencia (OMS, 2011), todavía no contamos con instrumentos que estén reconocidos internacionalmente y que sean útiles en el trabajo cotidiano para describir y comunicar la situación funcional, evolutiva y relacional de los menores de 0 a 6.

Mientras tanto, al hilo del consenso generado en torno al Libro Blanco de la Atención Temprana, en España, desde la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana se fue desarrollando una propuesta de clasificación de síntesis, la Organización Diagnóstica en Atención Temprana ODAT (GAT, 2000). La ODAT importa muchos contenidos de otra aproximación específica para la primera infancia, la Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood DC 0-3R (NICTD³, 2005), una fórmula multiaxial de clasificación realizada en Estados Unidos en la cual junto a tres ejes diagnósticos (el propio de salud mental, el relacional y el médico-sindrómico), se enfatiza la importancia de tener en cuenta el funcionamiento socio emocional del niño (eje V) y los factores de riesgo/estrés (eje IV) que hay a su alrededor. La aproximación de la ODAT incorpora en su Eje IV (Trastornos

1. Organización Mundial de la Salud.

2. American Psychiatric Association.

3. National Center for Infants and Toddlers and their Families.

en el Niño) los diagnósticos sindrómicos y de salud mental infantil que la DC: 0-3R distribuye en sus ejes I y III; asume en su eje V (Familia) gran parte del eje II de la DC: 0-3R y, por fin, distribuye los estresores del eje IV de la DC: 0-3R en factores de riesgo biológico y psicosocial.

De tal modo que al final la ODAT se estructura en tres niveles (Nivel de riesgo, Nivel de disfunción/trastorno, Nivel de recursos/apoyos) y tres dimensiones que corresponden al Niño, a la Familia y al Entorno. Asimismo delimita unas y otras categorías mediante un glosario instrumentado a modo de guía clínica.

La ODAT cuenta con una primera versión que data de 2004 y con el respaldo de un trabajo de validación (EDIS, 2007) a partir del cual fue revisada en 2008. La Junta de Andalucía ha realizado también una tabla de equivalencias con la CIE 10 (Pons, *et al.* 2012). Sin embargo, a pesar de tener ya casi diez años, la ODAT tiene todavía un escaso recorrido práctico como instrumento cotidiano de los centros, unidades y equipos profesionales de Atención Temprana. El lugar en que este recorrido parece estar más avanzado es Andalucía, en la cuál y en gran medida gracias al apoyo de nuevas herramientas de gestión informática su uso ya

está generalizado como instrumento de registro en los procesos de detección y derivación en Atención Temprana. De momento, sin embargo, la Junta de Andalucía aún no ha ofrecido una publicación detallada de sus datos si bien ha presentado algunos aspectos parciales de los mismos en distintas reuniones profesionales (Pons, 2011).

Por lo que se refiere al conjunto del Estado y a las distintas Comunidades Autónomas la única referencia en que hallamos datos de uso de la ODAT es la publicación “La Realidad Actual de la Atención Temprana en España” elaborada por un grupo de trabajo de la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana y editada por el Real Patronato sobre Discapacidad (GAT, 2011). En dicha publicación se ofrecen datos por Autonomías que siguen el modelo clasificatorio de la ODAT pero no se precisa quiénes han valorado ni la forma de valorar utilizada. Se mezclan las situaciones de riesgo con los trastornos evolutivos. Y los resultados muestran un alto grado de dispersión que ofrece una imagen poco coherente en términos epidemiológicos para el conjunto de la población española. En las tablas adjuntas 2 y 3 se recogen esos datos resaltando los valores máximos y mínimos obtenidos en cada epígrafe diagnóstico.

Tabla 1. Esquema de la ODAT

| Dimensiones Niveles | Niño | Familia | Entorno |
|------------------------|---------|----------|---------|
| | | | |
| Riesgo | Eje I | Eje II | Eje III |
| Disfunción/Trastorno | Eje IV | Eje V | Eje VI |
| Apoyos/Recursos | Eje VII | Eje VIII | Eje IX |

Tabla 2. Población 0-6 años asistida en centros de atención temprana según tipo de trastornos. España 2008

| C. Autónoma | Nº casos | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | Ñ | O | P | Q |
|--------------|----------|-------|------|------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|-------|-------|------|------|------|------|
| Andalucía | 5488* | 9,92 | 2,51 | 1,42 | 8,78 | 1,35 | 3,01 | 10,7 | 10,51 | 7,0 | 23,72 | 0,64 | 1,33 | 4,79 | 6,58 | 3,94 | 2,86 | 0,47 | 0,47 |
| Aragón | 634* | 4,12 | 2,53 | 0,85 | 11,2 | 0,42 | 1,82 | 1,8 | 9,52 | 15,33 | 18,71 | 0,42 | 2,85 | 6,13 | 12,47 | 3,28 | 0,74 | 0,11 | — |
| Asturias | 2487* | 26,2 | 3,86 | — | 11,58 | — | 4,22 | — | 25,05 | 4,83 | 21,06 | 3,18 | — | — | — | — | — | — | — |
| Baleares | 336* | 18,45 | 6,55 | 2,08 | 8,33 | 0,6 | 1,49 | 4,17 | 14,58 | 4,76 | 18,15 | 0,0 | 2,08 | 3,27 | 5,06 | 3,58 | 6,55 | 0,3 | — |
| Canarias | 262* | 5,35 | 3,83 | 1,16 | 4,58 | 0,76 | 2,29 | 7,25 | 24,04 | 8,0 | 14,12 | 0,38 | 1,91 | 4,96 | 9,16 | 1,53 | 4,96 | 4,58 | 1,14 |
| Cantabria | 342* | 26,02 | 4,97 | — | 14,91 | 0,29 | 0,29 | — | 13,45 | — | 32,45 | — | — | 1,47 | 3,22 | 2,93 | — | — | — |
| CLM | 1401* | 18,1 | 2,85 | 1,28 | 11,5 | 1,21 | 0,57 | 15,2 | 7,92 | 8,57 | 17,84 | 0,29 | 0,29 | 1,86 | 5,85 | 3,5 | 2,79 | 0,22 | 0,0 |
| CYL | 2524* | 35,67 | 3,96 | 0,79 | 11,09 | 0,79 | 1,74 | 5,35 | 8,72 | 5,55 | 18,23 | 0,79 | 0,79 | 1,19 | 0,79 | 1,19 | 0,79 | 0,99 | 1,58 |
| Cataluña | 9132* | 3,37 | 1,63 | 1,51 | 8,52 | 0,2 | 0,35 | 1,29 | 14,43 | 3,14 | 25,24 | 1,53 | 16,39 | 6,95 | 4,2 | 0,98 | 8,37 | 1,4 | 0,5 |
| Extremadura | 202* | 19,3 | 0,99 | 0,0 | 6,43 | 0,49 | 2,97 | 5,94 | 21,78 | 3,96 | 10,4 | 1,49 | 0,5 | 2,48 | 7,43 | 9,4 | 6,44 | — | — |
| Galicia | 229* | 2,62 | 1,31 | 3,93 | 2,18 | 0,0 | 1,74 | 7,42 | 13,11 | 7,42 | 17,91 | 3,49 | 6,55 | 14,42 | 8,74 | 1,31 | 1,74 | 4,8 | 1,31 |
| Murcia | ?? | 10,65 | — | 3,09 | 10,3 | — | 5,49 | 15,37 | 5,95 | 7,1 | 22,8 | 2,06 | 1,6 | 3,32 | 4,69 | 3,66 | 3,92 | — | — |
| País Vasco | 507* | 35,31 | 3,16 | 0,79 | 1,97 | 0,39 | 19,53 | 6,9 | 6,9 | 4,93 | 2,76 | 2,17 | 5,92 | 3,35 | 2,76 | 2,56 | 0,0 | 0,6 | 0,0 |
| C.Valenciana | 1457* | 23 | 3,0 | 2,0 | 8,6 | 0,8 | 1,9 | 3,7 | 15,8 | 9,3 | 11,9 | 0,5 | 2,0 | 1,4 | 7,3 | 3,0 | 0,6 | 3,2 | 2,0 |

A. Factor biológ. riesgo
 B. Factor familiar riesgo
 C. Factor ambiental riesgo
 D. Trastorno moto
 E. Trastorno visual
 F. Trastorno auditivo
 G. Trastorno psicomotriz
 H. Retraso evolutivo
 I. Trastorno cognitivo

J. Trastorno comunica lenguaje
 K. Trastorno expresión somática
 L. Trastorno emocional
 M. Trastorno regulación comport.
 N. Trastorno espectro autista
 Ñ. Pluridef.
 O. Otros
 P. Trastorno interacción familia-niño
 Q. Trastorno entorno

* Número total de categorías diagnósticas identificadas. Cada caso puede aportar una o más categorías diagnósticas.

Fuente: *La realidad actual de la Atención Temprana en España. GAT (2011)*. Real Patronato sobre Discapacidad. Elaboración propia.

Tabla 3. Población 0-6 años asistida en centros de atención temprana según tipo de trastornos. Rangos máximos y mínimos. España 2008

| C. Autónoma | Nº casos | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | Ñ | O | P | Q |
|-------------|----------|-------|------|------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|-------|-------|------|------|------|------|
| Máximo | — | 35,67 | 6,55 | 3,93 | 14,91 | 1,35 | 19,53 | 15,37 | 25,05 | 15,33 | 32,45 | 3,49 | 16,39 | 14,42 | 12,47 | 3,94 | 6,44 | 4,58 | 1,58 |
| Mínimo | — | 2,62 | 0,99 | 0,0 | 1,97 | 0,0 | 0,29 | 1,29 | 5,95 | 3,14 | 2,76 | 0,0 | 0,29 | 1,19 | 0,79 | 0,98 | 0,0 | 0,22 | 0,0 |

A. Factor biológ. riesgo
 B. Factor familiar riesgo
 C. Factor ambiental riesgo
 D. Trastorno moto
 E. Trastorno visual
 F. Trastorno auditivo
 G. Trastorno psicomotriz
 H. Retraso evolutivo
 I. Trastorno cognitivo

J. Trastorno comunica lenguaje
 K. Trastorno expresión somática
 L. Trastorno emocional
 M. Trastorno regulación comport.
 N. Trastorno espectro autista
 Ñ. Pluridef.
 O. Otros
 P. Trastorno interacción familia-niño
 Q. Trastorno entorno

Fuente: *La realidad actual de la Atención Temprana en España. GAT (2011)*. Real Patronato sobre Discapacidad. Elaboración propia.

El objetivo de este estudio fue conocer la frecuencia de los trastornos diagnosticados y atendidos en dos unidades de atención temprana, utilizando la ODAT como criterio de clasificación.

Se presentan un total de 441 casos de niños de 0 a 6 años atendidos en dos servicios de Atención Temprana, las Unidades de Desarrollo Infantil y Apoyo Familiar de las comarcas del Deza y del Salnés (UDIAF), en Galicia, desde su inauguración en Junio de 2009 hasta diciembre de 2013. Y que fueron categorizados en función de los ejes IV a VI de la ODAT, es decir según el tipo de trastorno del desarrollo, el tipo de disfunciones en la interacción entre niños y familias y el tipo de situaciones de exclusión social con las que pueda convivir el niño.

2. Material y método

La población de referencia fue la población infantil de 0-6 años de la comarca del Deza (45.000 habitantes), ubicada en un área rural del centro de Galicia, y la comarca del Salnés (100.000 habitantes), sita en la franja marítima de la Ría de Arosa. La población infantil de 0 a 6 años era de 2.000 y 7.000 respectivamente.

Las unidades de Atención Temprana en dichas comarcas comenzaron su actividad asistencial en Junio de 2009; el período de estudio se extiende desde ese momento hasta diciembre de 2013 (Ponte, *et al.* 2010, 2011, 2012, 2013)

Ambas unidades contaron con equipos interdisciplinarios formados por una psicóloga especializada en apoyo familiar, una psicomotricista y una logopeda, con experiencia o formación complementaria de postgrado en atención temprana y con una figura de coordinación de equipo con funciones de orientación, seguimiento y evaluación.

Los equipos y las unidades, han participado en diversos proyectos profesionales como el “Estudio sobre Atención Temprana y

Dependencia” (GAT y AGAT, 2012), el diseño de una cartera de servicios de Atención Temprana para Galicia (en curso) o el desarrollo de la aplicación informática con la que gestionan su trabajo. Lo que les proporcionó una experiencia común. Actualmente los equipos son autónomos en sus procesos asistenciales.

Para la unificación de criterios en la categorización de los casos, mediante los ejes IV a VI de la ODAT, se realizaron además dos sesiones específicas de 8 horas cada una, la sesión de presentación de la clasificación y otra de consenso sobre una serie inicial de casos.

Se clasificaron todos los casos atendidos. La categorización definitiva se realiza en el momento del alta, y mientras son atendidos en la unidad se recogen las hipótesis diagnósticas que aportan los diferentes profesionales que participan en el proceso asistencial. Esta categorización, excepto allí donde lo marca la ODAT (hipoacusias, retrasos, trastornos cognitivos), no se plantea definir la intensidad o gravedad de los cuadros sino perfiles diagnósticos.

Entre las categorías analizadas se ha descartado incluir las situaciones de riesgo por factores biológicos, sociofamiliares o de entorno. La mezcla de situaciones de riesgo y problemas evolutivos parece inadecuada pues desdibuja la tipología de problemas que preocupa a las familias y que presentan los niños. Y confunde a los profesionales a la hora de clasificar pues se trata de dos niveles diferentes.

La aplicación informática que usan ambas unidades cuenta con un módulo de clasificación diagnóstica que, en cada expediente, permite seleccionar cualquiera de los diferentes epígrafes de los ejes IV a VI de la Organización Diagnóstica en Atención Temprana y consultar simultáneamente su contenido para comprobar si se ajusta o no al tipo de problemas evolutivos que presenta cada niño.

Los datos recogidos a través de la aplicación informática fueron exportados a Excel y de ahí al programa SPSS para su tratamiento estadístico.

3. Resultados

En el período estudiado, se atendieron 441 casos, 165 casos en la unidad de Deza y 276 casos en la de Salnés, que fueron clasificados en función de los ejes IV a VI de la ODAT, es decir, según el tipo de trastorno del desarrollo, el tipo de disfunciones en la interacción entre niños y familias y el tipo de situaciones de exclusión social con las que pueda convivir el niño.

Respecto de la frecuencia por sexo hay un claro predominio de niños sobre niñas, siendo el porcentaje de niños (64,5) casi el doble que el de niñas (35,5). La edad media en el momento de acceder al servicio fue de 3,3 años (mediana de 3). La distribución por intervalos de edad fue la siguiente: 3,4 % de 0-1 años; 7,9 % de 1-2; 20,4 % de 2-3; 21,5 % de 3-4; 24,0 % de 4-5; 16,6 % de 5-6 y 6,1 % de 6-7 pues en Galicia puede mantenerse la Atención Temprana hasta la finalización del curso escolar.

Los niños llegaron a las unidades derivados desde las redes de servicios o desde la propia comunidad (orientados por otras familias): 31,3 % desde la comunidad; 23,6 % desde la escuela infantil de 2º ciclo; 10,2 % desde la escuela infantil de 1º ciclo; 25,4 % desde los centros de salud y el 9,5 % desde los servicios sociales.

Las demandas manifestadas al pedir atención fueron muy variadas estando mayoritariamente relacionadas con la comunicación y el lenguaje, la conducta, los retrasos globales vinculados o no a síndromes específicos y los problemas afectivos: problemas de aprendizaje 4,8 %; situaciones afectivas 13,6 %; problemas de conducta 21,8 %, problemas de lenguaje 27,0 %, problemas de hábitos 6,8 %; retrasos/síndromes 20 % y problemas sensoriales 1,1 %.

En el momento de cierre de este trabajo el 30,8 % permanecían en las unidades como casos activos mientras que el resto habían sido dados de alta.

Los resultados se ofrecen en dos niveles de concreción a efectos de profundizar en los datos de ambas unidades:

- En primer lugar se recogen los datos siguiendo los epígrafes generales de los ejes IV, V y VI de la ODAT, mostrando tanto los resultados conjuntos de las dos unidades (Gráfico 1) como los diferenciados (Gráfico 2) y el contraste estadístico de sus frecuencias (Tabla 4).
- En segundo lugar, y a continuación, en las tablas 5 a 18, se muestra el detalle de los trastornos incluidos en cada uno de los epígrafes de los citados ejes.

Tabla 4. Comparativa global de ambas unidades – Pruebas de chi cuadrado*

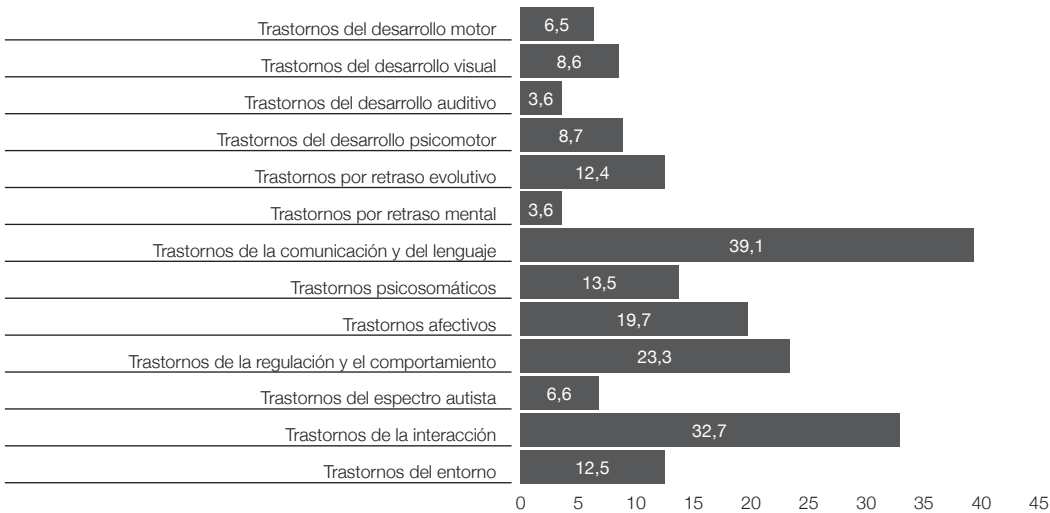
| UDIAF | Motor | Visual | Auditivo | Psicomot. | R. Evolutivo | R. Mental | Leng. | Psicosom. | Afectivo | Regulación | TEA | Familia | Entorno |
|------------|-------|--------|----------|-----------|--------------|-----------|-------|-----------|----------|------------|-------|---------|---------|
| Nº Deza | 10 | 11 | 3 | 16 | 7 | 9 | 61 | 29 | 35 | 22 | 8 | 32 | 9 |
| Nº Salnés | 19 | 29 | 15 | 21 | 57 | 5 | 114 | 26 | 50 | 92 | 23 | 127 | 54 |
| % Deza | 6,06 | 6,67 | 1,82 | 9,7 | 4,24 | 5,45 | 36,97 | 17,58 | 21,21 | 13,3 | 4,85 | 19,31 | 5,45 |
| % Salnés | 6,88 | 10,51 | 5,43 | 7,61 | 20,65 | 1,81 | 41,3 | 9,42 | 18,11 | 33,3 | 8,33 | 46,01 | 19,57 |
| Chi cuad*. | 0,848 | 0,174 | 0,063 | 0,444 | 0,000 | 0,035 | 0,368 | 0,012 | 0,425 | 0,000 | 0,166 | 0,000 | 0,000 |
| Valor p** | 1,000 | 0,230 | 0,081 | 0,480 | 0,000 | 0,048 | 0,421 | 0,017 | 0,455 | 0,002 | 0,183 | 0,000 | 0,000 |

* Chi cuadrado, sig. asint. bilateral, para tablas de contingencia 2x2

** Estadístico de Fisher, sig. exacta bilateral

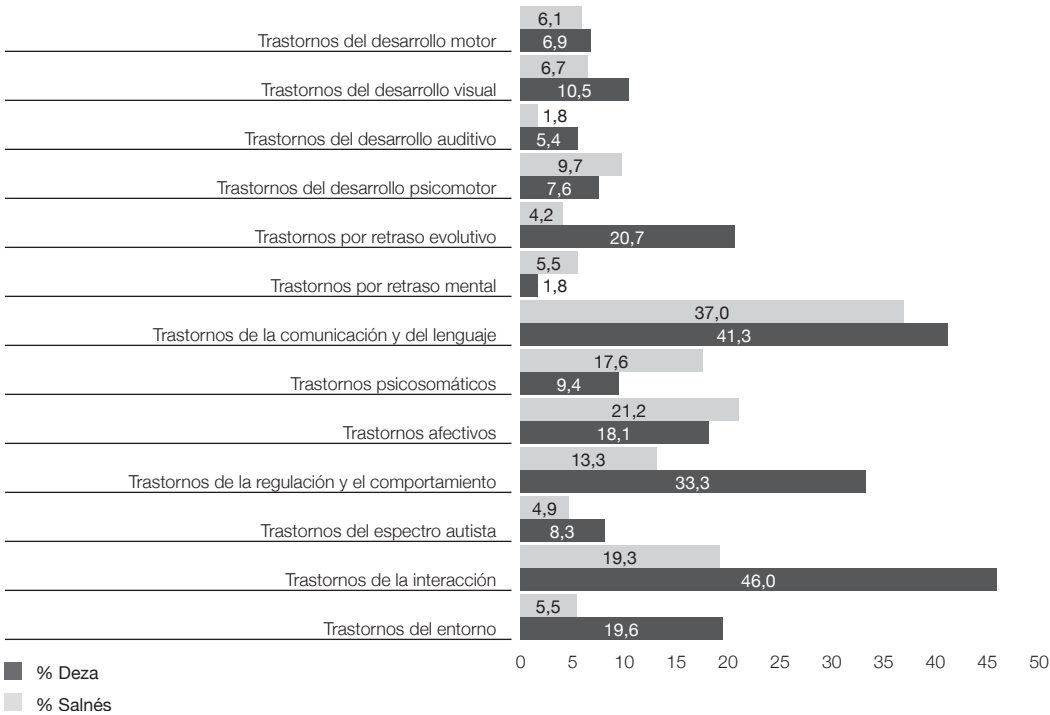
Fuente: Trastornos del desarrollo según ejes IV, V y VI de la ODAT (Frecuencias y %). Resultados de las unidades de Deza (165 casos) y Salnés (276 casos). Elaboración propia

Gráfico 1. Trastornos del desarrollo según ejes IV, V y VI de la ODAT (%). Resultados agrupados de las unidades de Deza y Salnés. 441 casos



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 2. Trastornos del desarrollo según ejes IV, V y VI de la ODAT (%). Resultados diferenciados de las unidades de Deza (165 casos) y Salnés (276 casos)



Fuente: Elaboración propia

Como vemos en el gráfico 1, con relación al Eje IV el tipo de problemas mayoritario entre los niños que acceden a las unidades son los trastornos de la comunicación y el lenguaje (39,1 %) seguidos de los conductuales (25,9 %) y los afectivos (19,3 %). Cabe destacar la escasa presencia de los trastornos motores (6,6 %) y de los de espectro autista (7 %).

A continuación, a través del gráfico 2 y de la tabla comparativa 4 podemos acercarnos a las semejanzas y diferencias en las clasificaciones de ambas unidades:

a) Respecto del eje IV de la ODAT las frecuencias obtenidas en ambas unidades son

similares en el ámbito motor, visual, auditivo, psicomotor, comunicación y lenguaje, afectivo y TEA, mientras que divergen de manera significativa en el evolutivo y mental, psicosomático y de la regulación (pruebas chi cuadrado de la tabla 4). En el detalle de cada unidad se comprueba que las diferencias en los trastornos evolutivos y psicosomáticos se distribuyen a lo largo de casi todos los tipos de trastornos que incluyen dichas categorías, mientras que se centran en los trastornos 4.j.b. “Hipersensible negativo-desafiante”, 4.j.m “Trastorno por comportamiento perturbador” y 4.j.h “Trastorno por TDAH tipo déficit de atención”, cuando observamos los trastornos de la regulación.

Tabla 5. Trastornos del desarrollo motor

| 4.a Trastornos en el desarrollo motor | Nº | % Total | % Deza | % Salnés |
|--|-----------|----------------|---------------|-----------------|
| 4.a Trastornos en el desarrollo motor s.e. | 1 | 0,2 | 0,0 | 0,4 |
| 4.a.a Parálisis cerebral infantil | 11 | 2,5 | 3,6 | 1,8 |
| 4.a.b Trastorno de origen espinal | 2 | 0,5 | 0,6 | 0,4 |
| 4.a.c Trastorno de origen periférico | 1 | 0,2 | 0,0 | 0,4 |
| 4.a.d Trastorno de origen muscular | 1 | 0,2 | 0,0 | 0,4 |
| 4.a.e Trastorno de origen óseo-articular | 2 | 0,5 | 1,2 | 0,0 |
| 4.a.f Trastorno del tono no especificado | 10 | 2,3 | 0,6 | 3,3 |
| 4.a.g Hábitos y Descargas Motrices | 1 | 0,2 | 0,0 | 0,4 |
| Total | 29 | 6,6 | 6,1 | 6,9 |

Tabla 6. Trastornos del desarrollo visual

| 4.b Trastornos del desarrollo visual | Nº | % Total | % Deza | % Salnés |
|---|-----------|----------------|---------------|-----------------|
| 4.b.c Niños de baja visión | 6 | 1,4 | 0,6 | 1,8 |
| 4.b.d Nistagmo | 4 | 0,9 | 1,2 | 0,7 |
| 4.b.e Estrabismo | 20 | 4,5 | 4,8 | 4,3 |
| 4.b.f Defectos de refracción | 10 | 2,3 | 0,0 | 3,6 |
| Total | 40 | 9,1 | 6,7 | 10,5 |

Tabla 7. Trastornos del desarrollo auditivo

| 4.c Trastornos del desarrollo auditivo | Nº | % Total | % Deza | % Salnés |
|---|-----------|----------------|---------------|-----------------|
| 4.c.d Hipoacusia leve | 8 | 1,8 | 0,6 | 2,5 |
| 4.c.e Hipoacusia moderada | 4 | 0,9 | 0,6 | 1,1 |
| 4.c.f Hipoacusia grave o severa | 4 | 0,9 | 0,6 | 1,1 |
| 4.c.g Hipoacusia profunda | 2 | 0,5 | 0,0 | 0,7 |
| Total | 18 | 4,1 | 1,8 | 5,4 |

Tabla 8. Trastornos del desarrollo psicomotor

| 4.d Trastornos del desarrollo psicomotor | Nº | % Total | % Deza | % Salnés |
|---|-----------|----------------|---------------|-----------------|
| 4.d.i Trastornos del control respiratorio | 1 | 0,2 | 0,0 | 0,4 |
| 4.d.a Retraso psicomotor simple | 16 | 3,6 | 3,6 | 3,6 |
| 4.d.b Trastornos de la coordinación dinámica | 17 | 3,9 | 4,2 | 3,6 |
| 4.d.d Trastornos de la coordinación visomotora | 1 | 0,2 | 0,6 | 0,0 |
| 4.d.e Trastornos de la estructuración espacial | 1 | 0,2 | 0,6 | 0,0 |
| 4.d.f Trastornos de la organización temporal | 1 | 0,2 | 0,6 | 0,0 |
| Total | 37 | 8,4 | 9,7 | 7,6 |

Tabla 9. Trastornos por retraso evolutivo

| 4.e Trastornos por retraso evolutivo | Nº | % Total | % Deza | % Salnés |
|---|-----------|----------------|---------------|-----------------|
| 4.e.a Retraso evolutivo leve | 30 | 6,8 | 3,0 | 9,1 |
| 4.e.b Retraso evolutivo moderado | 21 | 4,8 | 1,2 | 6,9 |
| 4.e.c Retraso evolutivo grave | 10 | 2,3 | 0,0 | 3,6 |
| 4.e.d Retraso evolutivo profundo | 2 | 0,5 | 0,0 | 0,7 |
| 4.e.e Retraso evolutivo no especificado | 1 | 0,2 | 0,0 | 0,4 |
| Total | 64 | 14,5 | 4,2 | 20,7 |

Tabla 10. Trastornos por retraso mental

| 4.f Trastornos por retraso mental | Nº | % Total | % Deza | % Salnés |
|--|-----------|----------------|---------------|-----------------|
| 4.f.a Retraso mental leve | 7 | 1,6 | 3,0 | 0,7 |
| 4.f.b Retraso mental moderado | 2 | 0,5 | 0,6 | 0,4 |
| 4.f.c Retraso mental grave | 2 | 0,5 | 1,2 | 0,0 |
| 4.f.d Retraso mental profundo | 1 | 0,2 | 0,0 | 0,4 |
| 4.f.f Altas habilidades | 2 | 0,5 | 0,6 | 0,4 |
| Total | 14 | 3,2 | 5,5 | 1,8 |

Tabla 11 Trastornos de la comunicación y del lenguaje

| 4.g Trastornos de la comunicación y del lenguaje | Nº | % Total | % Deza | % Salnés |
|--|------------|-------------|-------------|-------------|
| 4.g Trastornos en el desarrollo de la comunicación | 3 | 0,7 | 1,8 | 0,0 |
| 4.g.a Dislalia. | 43 | 9,8 | 10,9 | 9,1 |
| 4.g.b Retraso simple del habla. | 30 | 6,8 | 3,6 | 8,7 |
| 4.g.c Disglosia. | 2 | 0,5 | 1,2 | 0,0 |
| 4.g.d Disartria. | 2 | 0,5 | 0,6 | 0,4 |
| 4.g.e Disfemia. | 10 | 2,3 | 4,8 | 0,7 |
| 4.g.f Retraso simple del lenguaje. | 67 | 15,2 | 12,7 | 16,7 |
| 4.g.g Disfasia (TEDL o TPD). | 11 | 2,5 | 1,2 | 3,3 |
| 4.g.h Afasia infantil congénita. | 6 | 1,4 | 0,0 | 2,2 |
| 4.g.j Disfonías. | 1 | 0,2 | 0,0 | 0,0 |
| Total | 175 | 39,7 | 37,0 | 41,3 |

Tabla 12. Trastornos psicosomáticos

| 4.h Trastornos psicosomáticos | Nº | % Total | % Deza | % Salnés |
|---|-----------|-------------|-------------|------------|
| 4.h.a Afecciones somáticas. | 3 | 0,7 | 1,2 | 0,4 |
| 4.h.b Trastornos psicofuncionales. | 5 | 1,1 | 2,4 | 0,4 |
| 4.h.c Enuresis. | 14 | 3,2 | 5,5 | 1,8 |
| 4.h.d Encopresis. | 9 | 2 | 0,6 | 2,9 |
| 4.h.e Trastornos de la alimentación. | 13 | 2,9 | 3,0 | 2,9 |
| 4.h.f Trastornos del sueño. | 8 | 1,8 | 3,6 | 0,7 |
| 4.h.g Retraso psicógeno del crecimiento | 3 | 0,7 | 1,2 | 0,4 |
| Total | 55 | 12,5 | 17,6 | 9,4 |

Tabla 13. Trastornos afectivos

| 4.i Trastornos afectivos | Nº | % Total | % Deza | % Salnés |
|--|-----------|-------------|-------------|-------------|
| 4.i.e Trastorno mixto de la expresividad | 3 | 0,7 | 1,2 | 0,4 |
| 4.i.a Trastorno por estrés traumático. | 1 | 0,2 | 0,6 | 0,0 |
| 4.i.b Trastorno por ansiedad en la infancia | 19 | 4,3 | 4,8 | 4,0 |
| 4.i.c Trastorno del estado de ánimo: reactivo al duelo | 6 | 1,4 | 0,6 | 1,8 |
| 4.i.d Depresión en la infancia. | 3 | 0,7 | 0,6 | 0,7 |
| 4.i.f Trastorno de la identidad genérica | 1 | 0,2 | 0,6 | |
| 4.i.g Trastorno reactivo al vínculo. | 7 | 1,6 | 1,8 | 1,4 |
| 4.i.h Trastorno adaptativo. | 38 | 8,6 | 9,7 | 8,0 |
| 4.i.i Mutismo selectivo. | 6 | 1,4 | 1,2 | 1,4 |
| 4.i.k Trastorno disocial. | 1 | 0,2 | 0,0 | 0,4 |
| Total | 85 | 19,3 | 21,2 | 18,1 |

Tabla 14. Trastornos de la regulación y el comportamiento

| 4.j Trastornos de la regulación y el comportamiento | Nº | % Total | % Deza | % Salnés |
|--|------------|----------------|---------------|-----------------|
| 4.j.a Hipersensible temeroso-cauto. | 11 | 2,5 | 0,6 | 3,6 |
| 4.j.b Hipersensible negativo-desafiante. | 30 | 6,8 | 0,0 | 10,9 |
| 4.j.c Hiporeactivo. | 4 | 0,9 | 0,0 | 1,4 |
| 4.j.d Desorganizado, motor-impulsivo. | 24 | 5,4 | 3,0 | 6,9 |
| 4.j.e Otros. | 6 | 1,4 | 1,2 | 1,4 |
| 4.j.f Trastorno por déficit de atención | 1 | 0,2 | 0,0 | 0,4 |
| 4.j.g Trastorno por TDAH, tipo combinado | 3 | 0,7 | 0,0 | 1,1 |
| 4.j.h Trastorno por TDAH, tipo déficit de atención | 14 | 3,2 | 0,6 | 4,7 |
| 4.j.i Trastorno por TDAH, tipo hiperactivo | 3 | 0,7 | 0,6 | 0,7 |
| 4.j.j Trastorno por TDAH, no especificado | 4 | 0,9 | 0,6 | 1,1 |
| 4.j.l Trastorno negativista desafiante. | 2 | 0,5 | 1,2 | 0,0 |
| 4.j.m Trastorno por comportamiento perturbador | 12 | 2,7 | 5,5 | 1,1 |
| Total | 114 | 25,9 | 13,3 | 33,3 |

Tabla 15. Trastornos del espectro autista

| 4.k Trastornos del espectro autista | Nº | % Total | % Deza | % Salnés |
|---|-----------|----------------|---------------|-----------------|
| 4.k Trastornos del espectro autista | 2 | 0,5 | 0,0 | 0,7 |
| 4.k.a Trastorno multisistémico. | 3 | 0,7 | 1,8 | 0,0 |
| 4.k.b Trastorno autista. | 9 | 2 | 1,2 | 2,5 |
| 4.k.d Trastorno desintegrativo infantil. | 2 | 0,5 | 0,6 | 0,4 |
| 4.k.e Trastorno de Asperger. | 3 | 0,7 | 0,0 | 1,1 |
| 4.k.f Trastorno generalizado del desarrollo | 12 | 2,7 | 1,2 | 3,6 |
| Total | 31 | 7 | 4,8 | 8,3 |

b) Con respecto al eje V, sus tablas (Tablas 16 y 17) nos indican que los profesionales han visto tanto problemas en la interacción como formas de relación inadecuadas en un elevado porcentaje de familias. Pero muestran unas tasas diferenciales significativamente diferentes en cuanto al número de familias que presentan trastornos en la interacción.

Mientras que en el Deza el número de familias con estos trastornos bordea el 20 % (19,4) en el Salnés alcanza el 46 %. Y un análisis más detallado de los datos (Tabla 16, epígrafe 5.a.a) permite apreciar que casi 20 puntos de esa tasa diferencial se deben al diagnóstico de “relaciones inestables” que es de un 1,2 % en el Deza y de un 20,7 % en el Salnés.

Tabla 16. Trastornos de la interacción

| 5.a Trastornos de la interacción. | Nº | % Total | % Deza | % Salnés |
|--|------------|-------------|-------------|-------------|
| 5.- No especificados | 8 | 1,8 | 4,8 | 0,0 |
| 5.a.a Relaciones inestables | 59 | 13,4 | 1,2 | 20,7 |
| 5.a.b Relaciones alteradas | 56 | 12,7 | 9,1 | 14,9 |
| 5.a.c Relaciones deterioradas | 21 | 4,8 | 1,8 | 6,5 |
| 5.a.d Graves trastornos de la relación | 10 | 2,3 | 1,8 | 2,5 |
| 5.a.e Relaciones negligentes | 5 | 1,1 | 0,6 | 1,4 |
| Total | 139 | 36,1 | 19,4 | 46,0 |

Tabla 17. Tendencias en las relaciones

| 5.b Tendencias en las relaciones | Nº | % Total | % Deza | % Salnés |
|-------------------------------------|------------|------------|--------------|--------------|
| Tendencias no especificadas | 212 | 51,9 | 43,1 | 57,3 |
| 5.b.a Tendencia sobreprotectora | 104 | 23,6 | 15,8 | 28,3 |
| 5.b.b Tendencia a la apatía o al de | 29 | 6,6 | 6,1 | 6,9 |
| 5.b.c Tendencia al rechazo | 13 | 2,9 | 0,0 | 4,7 |
| 5.b.d Tendencia agresivo-dominante | 6 | 1,4 | 0,0 | 2,2 |
| 5.b.e Tendencia ambivalente | 72 | 16,3 | 20,6 | 13,8 |
| 5.b.f Tendencia abusiva | 5 | 1,1 | 0,6 | 1,4 |
| Total | 441 | 100 | 100,0 | 100,0 |

c) Finalmente, respecto del Eje VI los profesionales han encontrado factores indicativos de exclusión social en alrededor del 14,3 % de los niños/familias, con diferencias significativas entre las dos unidades. En la UDIAF Deza, el porcentaje de niños con estas situaciones de entorno es de un 5,5 %, mientras que

en el Salnés es de un 19,6. Nuevamente una aproximación al detalle nos permite comprobar que la categoría de “permanencia excesiva en guardería escuela” y la de “institucionalización prolongada” (Tabla 18, epígrafes 6.a.d y 6.a.e) son las que aportan casi toda esa cuota diferencial.

Tabla 18. Trastornos del entorno

| 6.a Trastornos del entorno - Exclusión social | Nº | % Total | % Deza | % Salnés |
|---|-----------|-------------|------------|-------------|
| 6.a.a Ausencia de cuidadores sensibles | 35 | 7,9 | 5,4 | 9,4 |
| 6.a.b Malos tratos y abusos | 3 | 0,6 | 0,0 | 0,1 |
| 6.a.c Negligencia | 13 | 2,9 | 2,4 | 0,3 |
| 6.a.d Institucionalización prolongada | 14 | 3,1 | 0,0 | 5,0 |
| 6.a.e Permanencia excesiva en guardería o escuela | 17 | 3,8 | 0,0 | 6,2 |
| 6.a.f Hacinamiento | 2 | 0,4 | 0,0 | 0,1 |
| 6.a.g Chabolismo | 1 | 0,2 | 0,0 | 0,0 |
| 6.a.h Violencia e inseguridad ambiental | 4 | 0,8 | 2,4 | 0,0 |
| 6.a.k Confluencia de factores de exclusión | 15 | 3,4 | 3,0 | 3,6 |
| Total | 63 | 14,3 | 5,5 | 19,6 |

4. Discusión

Se presentan los resultados de la demanda asistencial de dos unidades de atención temprana de nueva creación, en comarcas de Galicia que carecían de dicho servicio. La clasificación de los problemas de los niños, de las familias y del entorno se ha realizado por equipos que iniciaban su experiencia asistencial en el mismo momento (2009), en un territorio delimitado, con muchas semejanzas en su composición (psicóloga, psicomotricista, logopeda), y que se han guiado por el mismo modelo de procesos asistenciales. Además se ha realizado una formación que trató de ayudar a perfilar una mirada diagnóstica común y minimizar una parte de los múltiples sesgos a que puede dar lugar la complejidad de la Atención Temprana.

Los resultados obtenidos y la comparación entre las dos unidades señalan tendencias pero también permiten apreciar la dificultad de obtener datos consistentes sobre la prevalencia de los trastornos evolutivos así como de unificar la mirada profesional ante cierto tipo de problemas y desde el soporte de algunos criterios diagnósticos.

Valorando la demanda conjunta, más de 1 de cada 3 niños atendidos presentan problemas de comunicación y de lenguaje, 1 de cada 4 problemas de regulación y comportamiento y 1 de cada 5 problemas afectivos. Una realidad que parecería apuntar a la creciente importancia de los factores contextuales en la génesis de los problemas evolutivos de los niños de hoy que frecuentan las unidades de Atención Temprana. Estos resultados contrastan con los datos que se habían aportado previamente, en particular en el ámbito de los trastornos de expresión somática, afectivo-relacionales y de la regulación y el comportamiento en la mayoría de las comunidades autónomas.

También en el terreno de las relaciones familiares nuestros datos se alejan de manera notable de las cifras ofrecidas anteriormente

por el documento de la Realidad Actual de la Atención Temprana en España en 2008. En este documento el porcentaje más elevado de familias/niños con trastornos de la interacción era de un 4,8 % en Galicia y el de niños viviendo en entornos de exclusión era de un 1,8 % en Castilla y León. Mientras que en nuestras unidades la inadecuación de las formas de relación (48,1 %) y la presencia de trastornos de la interacción (36,1 %) en el seno de las familias es un acontecimiento frecuente, aunque un porcentaje elevado de esa cuota procede de problemas muy leves (“relaciones inestables”) que la propia ODAT señala que no debe considerarse un trastorno.

Otro dato que se desprende de las cifras obtenidas en nuestras unidades es el bajo porcentaje de niños clasificados como niños con “trastorno de espectro autista” (7 % en relación a población atendida) lo que no parece refrendar la impresión empírica de una situación “cuasiepidémica” que a veces se obtiene de otros países (European Commission, 2005) en revisiones profesionales (Lai, 2013) y en los medios de comunicación, en los que se aportan tasas de prevalencia de 1/160 y 1/68 casos en relación a la población total del grupo de edad (CDC, 2014).

En la evaluación comparativa de una y otra unidad podemos apreciar resultados bastante semejantes. Pero también diferencias notables en los retrasos evolutivos, psicósomáticos y de la regulación.

En los trastornos de la regulación los profesionales refieren muchas dificultades para distinguir el punto de corte entre lo “típico” y lo “atípico” a la hora de valorar manifestaciones tan habituales del curso evolutivo como son la impulsividad, la dificultad para admitir cambios, la desatención, o la hiperactividad. Dificultades ante las cuales cada equipo habría adoptado estrategias de clasificación diferentes. Por ejemplo los niños con perfil diagnóstico negativo-desafiante han sido clasificados en el epígrafe 4.j.b. en la UDIAF Salnés (10,9 %) y en el 4.j.m en la UDIAF Deza (5,5 %) pues ambos epígrafes admiten dicho perfil.

En los retrasos evolutivos leves o moderados podría haber influido el deseo de evitar el “etiquetaje precoz” del retraso mental, de hecho el diagnóstico del retraso mental en el Salnés es de 1,8 % (5,5 % Deza) mientras que el diagnóstico del retraso evolutivo alcanza el 20,7 % frente al 4,2 % del Deza. Y, en los trastornos psicósomáticos, una minusvaloración (y en consecuencia falta de registro) de algunos síntomas como la enuresis o los trastornos del sueño cuando no ocupan el centro de la demanda familiar ni del proceso asistencial. Pero es difícil objetivar y ponderar el alcance de estos factores propios de la mirada profesional frente a otros como la eventual variación de la demanda y de la población a clasificar.

Las dificultades de clasificación alcanzan también a un fenómeno tan común en el curso del desarrollo como los desencuentros y conflictos que tienen lugar entre padres e hijos por las más diversas razones. El hecho de que la discordancia entre los datos de ambas unidades al clasificar los problemas del eje V se apoye en las diferencias de registro de las “relaciones inestables” (20,7 % Salnés, 1,2 % Deza), una categoría que según la ODAT agrupa problemas en las relaciones “de carácter puntual y/o contextual” parece ilustrar que hubo una manera diferente de valorar esos problemas.

Finalmente el análisis comparativo del eje VI parece orientarnos hacia una diversidad de realidades sociofamiliares en una y otra comarca. En la comarca del Deza, comarca rural de la Galicia interior, todavía hay un predominio neto de la familia tradicional y una presencia activa y generalizada de la familia extensa en la proximidad de la familia nuclear, mientras que en el Salnés, comarca marítima semiurbana, se da una mayor diversidad de familias y los abuelos y abuelas son un recurso menos accesible o inexistente para un buen número de ellas. Estas diferencias en el tipo de familias (más tradicional y extensa en el Deza, más diversa, nuclear y discontinua en el Salnés), podría explicar que en el Deza no se haya registrado ningún caso en los epígrafes 6.a.d “Institucionalización prolongada” y 6.a.e “Permanencia excesiva en guardería o escuela”

mientras que suponen un 11,9 % de los casos del Salnés.

5. Conclusiones

Este estudio no hace sino confirmar que realizar clasificaciones diagnósticas es un asunto muy serio y complicado (Simeonsson, 2009) en el que hay que proceder con la mayor de las cautelas, procurando un alto control de las variables, población elegible, formación de los profesionales, composición de los equipos, procedimiento de clasificación, etc., máxime en un ámbito relativamente nuevo como es el de la Atención Temprana. Este trabajo tiene muchas de estas limitaciones y está referido a un territorio y una población muy restringida, por lo que no es posible hacer generalizaciones sobre sus resultados. Pero, desde esa constatación, consideramos que ofrece datos útiles para comprender mejor la complejidad de los problemas asistenciales y procedimentales con que hoy nos enfrentamos desde la Atención Temprana.

Los equipos de profesionales, si no disponen de herramientas con criterios bien definidos y contrastados pueden adoptar estrategias de clasificación diferentes. Sobre todo si los “trastornos del desarrollo” no se presentan como cuadros estructurales y funcionales muy evidentes y visibles. De hecho los datos obtenidos parecen apuntar a cierta evolución en la forma de clasificar con aumento de errores y omisiones e incluso una modificación activa de los criterios de clasificación, en particular en torno a aquellas categorías en las que los límites entre típico y atípico (“relaciones inestables”), los solapamientos respecto del epígrafe adecuado (“conductas negativistas”) o los niveles de gravedad y criterios de inclusión (“trastornos psicomotores”, “de la regulación y el comportamiento”) son más imprecisos o inexistentes.

Los equipos necesitan disponer de tiempo y ocasiones para hacer esta tarea, tan importante

como otras. Y para hacerla bien tienen que disponer de oportunidades para evaluar su actuación, discutir y proyectar en el colectivo profesional su práctica cotidiana, su experiencia y sus dudas.

También sería interesante que se tomara la iniciativa de revisar a fondo, desde la práctica profesional y en el conjunto del Estado una herramienta como la ODAT, precisando mejor su objeto, enriqueciéndola con nuevas aportaciones y acercándola al conjunto de profesionales y recursos que hoy intervienen en la Atención Temprana, todos ellos necesitados de herramientas que faciliten su comunicación y coordinación.

Cabe decir, por último, que la no inclusión de los factores de riesgo en las variables a categorizar creemos que se ha mostrado como una decisión acertada y que ha ayudado a la participación e implicación de los profesionales. La recogida de todos los factores de riesgo y

su registro se nos antoja una tarea que, por su amplitud, es difícilmente asumible por los equipos profesionales de Atención Temprana en la práctica diaria. Pero que, además, induce a confusión en la clasificación de los casos pues se mezclan los objetos de clasificación: la etiología con las limitaciones funcionales, los retrasos evolutivos, las manifestaciones conductuales y las relaciones personales. La limitación del ámbito de clasificación al nivel del “trastorno” facilita la tarea profesional y ofrecería, en nuestra opinión, resultados más precisos.

Agradecimientos

A los equipos de las Unidades de Desarrollo Infantil e Apoyo Familiar del Deza y del Salnés por su trabajo, dedicación y constante colaboración.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV*. Barcelona. Masson.
- CDC- Center for disease prevention and control (2014). *Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2010*. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. Surveillance Summaries March 28, 2014 / 63(SS02);1-21. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6302a1.htm?s_cid=ss6302a1_w>.
- DC:0-3R Revision Task Force. (2005). *DC:0-3R: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. Washington, DC. Zero to Three Press.
- Domenech, E. y Ezpeleta, L. (1998). “Las clasificaciones en psicopatología infantil”. En Rodríguez Sacristán, J. : *La psicopatología del niño y del adolescente*, capítulo VI, pp. 121-144. Sevilla. Universidad de Sevilla.
- Equipo de Investigación Sociológica EDIS (2007). *Validación de la Organización Diagnóstica en Atención Temprana*. Madrid. Real Patronato sobre Discapacidad.
- European Commission (2005). *Some elements about the prevalence of Autism Spectrum Disorders (ASD) in the European Union*. Health & Consumer Protection Directorate- General. <http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/diseases/autism_1.pdf>.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana-GAT y Asociación Galega de Atención Temprera (2012). *Atención Temprana y dependencia*. Informe no publicado realizado para el Real Patronato sobre Discapacidad.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana-GAT (2011). *Organización diagnóstica para la atención temprana-ODAT. Niveles I, II y III*. Madrid. Real Patronato sobre Discapacidad.
- Frances, A. (2013). *Saving normal. An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary Life*. Harper Collins Publishers.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *CIE 10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid. Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Versión para la Infancia y la Adolescencia: CIF-IA*. Madrid. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Lai, M. et al. (2013). “Autism”. *The Lancet*, Volume 383, Issue 9920, 896-910.
- Mash, E. J., y Terdal, L. G. (1997a). “Assessment of child and family disturbance: A behavioral-systems approach”. En E. J. Mash y L. G. Terdal (Eds.): *Assessment of childhood disorders* (3rd ed., pp. 3-68). New York. Guilford Press
- Ponte, J. et al. (2010). *Unidades de Desenvolvimento Infantil e Apoio Familiar. Informe de avaliación*. Narón: Asociación Galega de Atención Temprera 112 pp. <<http://www.atenciontemprana.com/EIDocumentsAT/UDIAF%20MEMORIA.pdf>>.

- Ponte, J. *et al.* (2011). *Memoria de actividades e avaliación das Unidades de Desenvolvemento Infantil e Atención Temprá*. Asociación Galega de Atención Temprá. 52 pp. Informe no publicado realizado para la Xunta de Galicia.
- Ponte, J. *et al.* (2012). *Memoria de actividades e avaliación das Unidades de Desenvolvemento Infantil e Atención Temprá*. Asociación Galega de Atención Temprá. 53 pp. Informe no publicado realizado para la Xunta de Galicia.
- Ponte, J. *et al.* (2013). *Memoria e avaliación das Unidades de Desenvolvemento Infantil e Atención Temprá*. Asociación Galega de Atención Temprá. 62 pp. Informe no publicado realizado para la Xunta de Galicia.
- Pons, A. *et al.* (2012). *Tabla de equivalencias entre la Organización Diagnóstica de Atención Temprana (ODAT) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)*. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (en línea). http://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/889/5/TablaEquivalenciasODAT_CIE_2012.pdf.
- Pons, A (2011). “El programa Alborada”. Ponencia presentada en las IV Jornadas Interdisciplinarias de la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana. GAT. Sevilla 2011.
- Simeonsson, R. J. (2009). “ICF-CY: a universal for documentation of disability”. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 6(2) 70-72.
- VV.AA. (2000): *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Ed. Real Patronato de Prevención y Atención a personas con Minusvalía. Madrid 2000.